

# Wprowadzenie

Stare arabskie przysłowie mówi: „Każdy człowiek ma swój własny ból głowy”. Ból głowy najczęściej jest objawem przemijającym, trwającym kilka lub kilkanaście godzin i niestanowiącym problemu medycznego. Jest jednym z najczęściej obserwowanych objawów chorobowych u osób zgłaszających się do placówek opieki medycznej. Stanowi przedmiot zainteresowania nie tylko neurologów, ale również psychologów i epidemiologów oraz lekarzy specjalizacji pokrewnych. Występuje jako odosobniony przejaw reakcji organizmu na różnorodne bodźce endo- i egzogenne – wówczas nie stanowi istotnego problemu medycznego. Rzadziej świadczy o chorobie mogącej skutkować poważnymi następstwami, takiej jak guz mózgu lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych. W takich przypadkach mówimy o wtórnym lub objawowym bólu głowy. Współcześnie znanych jest wiele fenotypów pierwotnego bólu głowy. Niemniej do najczęstszych należą napięciowy ból głowy i migrena. Na migrenę cierpi 15–18% populacji osób dorosłych. Trójdzielno-autonomiczne bóle głowy występują znacznie rzadziej, gdyż dotyczą jedynie 0,1% populacji. Niemniej jednak występują u podobnej liczby osób co stwardnienie rozsiane.

W drugiej połowie ubiegłego wieku ujawniono znaczne rozpowszechnienie i istotny niekorzystny wpływ migreny na jakość życia chorego oraz istotne ograniczenie codziennego funkcjonowania. Dowiedziono, że migrena niekorzystnie oddziałuje na życie rodzinne oraz zdolność wykonywania pracy zawodowej. Konsekwencją tych zjawisk jest częste współwystępowanie zaburzeń nerwicowych i depresji. Wyniki badań epidemiologicznych znalazły odzwierciedlenie w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia (WHO – World Health Organization), w którym wymienia się migrenę w pierwszej dwudziestce chorób, które negatywnie oddziałują na życie chorego. U dorosłych migrena częściej występuje u kobiet (15–18% populacji) niż u mężczyzn (6–8% populacji). U kobiet częściej pojawia się migrena bez aury niż z aurą. Po 65 r.ż. na migrenę cierpi 2,5% kobiet i 7,4% mężczyzn. Znaczne są także koszty związane z leczeniem chorych na migrenę. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych wynoszą one ok. 27 mld dolarów. Według danych epidemiologicznych ok. 4% wszystkich konsultacji lekarskich w poradniach dotyczy przewlekłych bólów głowy. Wszyscy badacze zwracają także uwagę, że dostępne dane epidemiologiczne dotyczące ich występowania są niedoszacowane. W badaniach WHO dotyczących globalnego obciążenia chorobami (GBD – Global Burden of Disease) migrena została sklasyfikowana jako dziewiąta najbardziej upośledzająca życie choroba występująca u kobiet. Migrena zajmuje trzecie miejsce

**Tabela 1. 10 najważniejszych przyczyn niepełnosprawności wg GBD w 2016 roku**

1.	Bóle krzyża
2.	Migrena
3.	Ubytek słuchu związany z wiekiem
4.	Niedokrwistość z niedoboru żelaza
5.	Poważna depresja
6.	Bóle szyi
7.	Inne schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego
8.	Cukrzyca
9.	Zaburzenia lękowe
10.	Upadki

GBD – globalne obciążenie chorobami

wśród przyczyn wyłączenia z aktywnego życia zawodowego i społecznego, a u osób przed 50 r.ż. jest pierwszą główną przyczyną niepełnosprawności (tab. 1). Stanowi także ok. 30% obciążenia związanego z niepełnosprawnością, które można przypisać wszystkim chorobom neurologicznym na całym świecie. Badania epidemiologiczne ujawniły częstsze występowanie bólów głowy w grupach społecznych o niższym statusie społeczno-ekonomicznym. Ważnych informacji dostarczył raport Eurolight, w którym przeanalizowano adekwatność opieki medycznej w grupie osób z bólami głowy. 1175 uczestników badania z 10 krajów najczęściej zgłaszało napady migreny przez więcej niż pięć dni w miesiącu, co wskazuje na jednoznaczną potrzebę rozpoczęcia leczenia profilaktycznego, a jedynie ok. 20% badanych miało kontakt z pracownikiem służby zdrowia. W większości krajów mniej niż 10% badanych rozpoczynało odpowiednie leczenie doraźne, a jeszcze mniej chorych leczenie profilaktyczne. Postać przewlekła migreny występuje u 2–5% chorych. Autorzy raportu konkludują, że w bogatej Europie zbyt mało osób z migreną konsultuje się z lekarzami, a leki skuteczne w jej terapii są stosowane nieodpowiednio nawet przez tych lekarzy, którzy je przepisują.

Fenotyp kliniczny pierwotnych samoistnych bólów głowy jest zasadniczo odmienny, jednak występować mogą w nim elementy wspólne dla różnych typów bólów głowy. Mogą to być: jednostronny charakter bólu, objawy autonomiczne oraz określony rytm biologiczny. Istnieją także przesłanki wskazujące, że podczas napadu migreny i różnych postaci trójdzielno-autonomicznych bólów głowy uruchomione zostają wspólne szlaki dla impulsacji bólowej w ośrodkowym układzie nerwowym, zwłaszcza poprzez aktywację układu czynnościowego, w skład którego wchodzi pierwsza gałąź nerwu trójdzielnego i naczynia mózgowe. Badania neuroobrazowe z zastosowaniem czynnościowego rezonansu magnetycznego u chorych z bólami głowy tego rodzaju ujawniają aktywację tych samych struktur mózgu – podwzgórze. Czynniki wyzwalające napady bólów głowy pozostają nieznane. Bóle głowy obu rodzajów uznawane są za choroby naczyniowo-nerwowe. Nadal niewiele wiadomo o mechanizmach biologicznych powstawania pierwotnych bólów głowy, zwłaszcza bólu głowy typu napięciowego. Podobnie jest w przypadku innych utrwalonych przewlekłych bólów głowy występujących przez wiele tygodni, miesięcy, a niekiedy lat. Tego rodzaju bóle głowy są jednym z największych problemów w praktyce klinicznej.

**Tabela 2. Najczęstsze rodzaje przewlekłego bólu głowy i ich kody w klasyfikacji ICHD**

Kod ICHD	Przewlekły ból głowy
1.5.1	Migrena przewlekła
2.3	Przewlekły ból głowy typu napięciowego
3.1.2	Przewlekły klasterowy ból głowy
4.5	Śródsenny ból głowy
4.7	Hemikrania ciągła
3.2.2	Przewlekła hemikrania napadowa
3.3	Zespół SUNCT
4.8	Nowy codzienny uporczywy ból głowy
5.2	Przewlekły pourazowy ból głowy
5.4	Przewlekły ból głowy przypisywany odgięciowemu urazowi kręgosłupa szyjnego
5.6.2	Przewlekły ból głowy przypisywany innemu urazowi głowy lub szyi
5.7.2	Przewlekły ból głowy po kraniotomii
7.1	Ból głowy przypisywany wysokiemu ciśnieniu wewnątrzczaszkowemu
8.2	Ból głowy spowodowany nadużywaniem leków
9.4	Przewlekły poinfekcyjny ból głowy
13.18.4	Atypowy ból twarzy

ICHHD – klasyfikacja Międzynarodowego Towarzystwa Bólów Głowy

Zasadniczą kwestią jest ustalenie prawidłowego rozpoznania u chorych z bólami głowy. Częste pomyłki diagnostyczne są powodem nieskuteczności leczenia. Pomimo jasnych kryteriów diagnostycznych opracowanych przez Międzynarodowe Towarzystwo Bólów Głowy (ICHHD – International Classification of Headache Disorders, 3rd edition) ich znajomość w środowisku lekarzy jest niedostateczna. Prowadzone są stałe szkolenia i edukacja społeczna w tym zakresie. W kraju wysiłki takie podejmuje Polskie Towarzystwo Bólów Głowy, organizując coroczne konferencje i zjazdy naukowe.

W klasyfikacji ICHD wyróżnia się pierwotne i wtórne bóle głowy oraz neuralgie i nerwo-bóle głowy. Wśród samoistnych bólów głowy wyodrębnia się migrenę, ból głowy typu napięciowego, klasterowy ból głowy, polekowy ból głowy i inne rzadsze. Ból głowy typu napięciowego i migrena są najczęstsze. O ile rozpoznanie ich postaci epizodycznych nie jest trudne, o tyle w przypadku postaci przewlekłych rozpoznanie staje się problemem. Dość częste jest bowiem współistnienie migreny z bólem głowy typu napięciowego. Inne samoistne bóle głowy występują rzadko, a niektóre incydentalnie (tab. 2).

We współczesnym piśmiennictwie szczególnie dużo uwagi poświęca się migrenie przewlekłej. Związane jest to z postępem w poznaniu jej patofizjologii i ze skuteczniejszym leczeniem. Z upływem czasu u chorych obserwuje się progresję kliniczną migreny (przeistaczanie się w migrenę przewlekłą lub codzienne bóle głowy), elektrofizjologiczną (występowanie zmian w zapisie elektroencefalograficznym [EEG]) i morfologiczną (występowanie zmian w istocie białej). Chociaż leczenie profilaktyczne przewlekłych bólów głowy zostało uwzględnione we wszystkich rekomendacjach, rozpoczyna je jedynie ok. 40% chorych, a mniej niż połowa z tej grupy kontynuuje leczenie dłużej niż przez trzy miesiące. Decyzja o rozpoczęciu i zakończeniu leczenia profilaktycznego musi uwzględniać takie czynniki, jak preferencje pacjenta, częstość występowania bólów głowy i ich wpływ na jakość życia chorego, współistnienie innych chorób, możliwość interakcji lekowych i polekowych działań niepożądanych. Wprowadzenie w latach 90. ubiegłego wieku do leczenia migreny epizodycznej tryptanów

było dużym postępem w terapii. Obecnie do leczenia migreny, a być może w przyszłości także i innych postaci samoistnych bólów głowy, wprowadzone zostały preparaty nowej generacji – przeciwciała monoklonalne skierowane przeciwko białku i receptorowi CGRP, gepanty oraz ditany. Zmieniły one zasadniczo skuteczność leczenia, profil bezpieczeństwa terapii oraz zmniejszyły częstość ujawniania się migreny. Jak wykazano w ostatnim czasie, w leczeniu przewlekłych bólów głowy skuteczne są także nieinwazyjne zabiegi neurostimulacji. Poznano wiele czynników predysponujących do przemiany epizodycznych bólów głowy w przewlekłe:

- częste występowanie epizodycznego bólu głowy
- nadużywanie leków przeciwbólowych, zwłaszcza złożonych, zawierających ergotaminę i kofeinę
- nieskuteczne leczenie bólu głowy
- zaburzenia nerwicowe i depresyjne
- przewlekły stres
- przewlekłe zespoły bólowe, zwłaszcza fibromialgia i zespoły bólowe kręgosłupa
- chrapanie
- uraz głowy
- otyłość.

Obecnie panuje przekonanie o konieczności wykluczenia objawowego charakteru bólu głowy u każdego chorego w badaniach neuroobrazowych: tomografii komputerowej lub rezonansie magnetycznym. Międzynarodowe gremia naukowe nie rekomendują wykonywania tych badań u chorych z ustabilizowanym wzorcem bólu i bez innych objawów ze strony układu nerwowego lub objawów ogólnoustrojowych. Koszty takiego postępowania są znaczne. Podejmując decyzję o wykonaniu badań neuroobrazowych, należy uwzględnić fakt, że prawdopodobieństwo ujawnienia wewnątrzczaszkowego procesu patologicznego w tej grupie chorych nie przekracza 3%. W ostatnich latach zachodzi jednak zmiana podejścia do diagnostyki i terapii bólów głowy. Coraz częściej u chorych z przewlekłymi bólami głowy wykonywane są badania neuroobrazowe, a po wprowadzeniu nowych leków – przeciwciał monoklonalnych – zmieniły się zalecenia dotyczące leczenia profilaktycznego u chorych na migrenę. Równocześnie odchodzi się od stosowania leków opioidowych w samoistnych bólach głowy.

#### Piśmiennictwo

1. Callaghan W, Kerber KA, Pace RJ, et al. Headaches and neuroimaging: High utilization and costs despite guidelines. *JAMA Int Med* 2014;174:819-821.
2. Denuelle M, Fabre N, Payoux P, et al. Hypothalamic activation in spontaneous migraine attacks. *Headache* 2007;47:1418-26.
3. GBD 2015 Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Neurol* 2017;16:877-97.
4. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. *Lancet* 2017;390:1211-59.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* 2018;38:1-211.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD); <http://www.healthdata.org/gbd/about>.

7. Katsarava Z, Mania M, Lampl C, et al. Poor medical care for people with migraine in Europe – evidence from the Eurolight study. *J Headache Pain* 2018;19:10.
8. Latinovic R, Gulliford M, Ridsdale L. Headache and migraine in primary care: consultation, prescription, and referral rates in a large population. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006;77:385-7.
9. Lipton RB, Bigal ME, Diamond M, et al. Migraine prevalence, disease burden, and the need for preventive therapy. *Neurology* 2007;68:343-9.
10. Mafi NJ, et al. Trends in the ambulatory management of headache: analysis of NAMCS and NHAMCS data 1999 – 2010. *J Gen Intern Med* 2015;30(5):548-55. doi: 10.1007/s11606-014-3107-3.
11. May A, Bahra A, Buchel C, et al. Hypothalamic activation in cluster headache attacks. *Lancet* 1998;352:275-8.
12. Prencipe M, Gasini AR, Ferretti C. Prevalence of headache in an elderly population: attack frequency, disability, and use of medication. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2001;70:377-81.
13. Raval AD, Shah A. National trends in direct health care expenditures among US adults with migraine: 2004 to 2013. *J Pain* 2017;18:96-107.
14. Robbins MS, Lipton RB. The epidemiology of primary headache disorders. *Semin Neurol* 2010;30:107-19.
15. Silberstein SD, Holland S, Freitag F, et al. Evidence-based guideline update: Pharmacologic treatment for episodic migraine prevention in adults. *Neurology* 2012;78:1337-45.
16. Steiner TJ, Stovner L, Vos T, et al. Migraine is first cause of disability in under 50s: will health politicians now take notice? *Journal Head Pain* 2018;19:17.
17. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007;27(5):403-13,208-215.

# Bóle głowy w historii medycyny

## WSTĘP

Bóle głowy to jedno z najczęściej obserwowanych objawów neurologicznych oraz chorób u osób zgłaszających się do placówek podstawowej opieki medycznej. Są przedmiotem zainteresowania nie tylko neurologów, lecz także psychologów i epidemiologów oraz lekarzy specjalizacji pokrewnych. Ból głowy występuje jako odosobniona reakcja organizmu na różnorodne bodźce endo- i egzogenne, niestanowiąca istotnego problemu medycznego. Rzadziej świadczy o chorobie mającej poważne następstwa, takiej jak guz mózgu lub zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

## STAROŻYTNOŚĆ

Ból głowy znany był w medycynie już w najdawniejszych wiekach. Przez stulecia traktowano go jako karę i sądzono, że świadczy o usadowieniu się w głowie złych mocy. Starano się zatem wszelkimi dostępnymi metodami uwolnić od nich osobę cierpiącą. Wśród tych metod były nawet tak drastyczne, jak otwieranie czaszki w celu uwolnienia demonów czy upust krwi. Przez wieki zabiegi te stosowano w różnych chorobach.



Rycina 1. Otwór trepanacyjny w czaszce z okresu neolitu

Pierwsze wskazówki dotyczące prawdopodobnie leczenia bólów głowy pochodzą z epoki neolitu, ok. 9000 r. p.n.e. W czaszce z tego okresu ujawniono wykonany przez ówczesnie żyjących ludzi otwór trepanacyjny (ryc. 1). Przypuszcza się, że usuwanie fragmentu pokrywy czaszki związane było z przekonaniem, że przez wykonany otwór wydostanie się zły duch, który nawiedził chorego i wywoływał ból głowy. W starożytności dość powszechnie uważano, że ból głowy jest konsekwencją nawiedzenia chorego przez złe moce, duchy. Mieszkańcy Mezopotamii (ok. 4000 r. p.n.e.) przypisywali tę dolegliwość działaniu złego ducha Ti'u.

Pierwsze opisy bólów głowy pochodzą ze starożytnego Egiptu. Znajdujemy je w papirusie Hearsta (2000 r. p.n.e.) i papirusie Ebersa (1550 r. p.n.e.) (ryc. 2). W papirusach odkrytych przez Edwina Smitha, pochodzących sprzed 1600 r. p.n.e., wyróżnia się już bóle głowy i neuralgie czaszkowe oraz opisy ich zwalczania. Papirus Ebersa zawiera prawie 900 różnych recept, z których 13 dotyczy leczenia bólów głowy, a 100 leczenia chorób oczu. Z zaleceń dla króla Usaphaisa można dowiedzieć się o stosowanych w tamtym czasie metodach leczenia: „mocno przywiąż glinianego krokodyla trzymającego ziarno w swoich ustach do głowy pacjenta za pomocą paska białej bielizny”. Zalecenie to prawdopodobnie opierało się na spostrzeżeniu, że ucisk tymczasowo łagodzi objawy bólu głowy. Okłady na głowę w czasie napadu migreny są stosowane przez chorych w wielu krajach do dziś. Według wierzeń staroegipskich również bogowie Horus i Ra doświadczali bólów głowy.



Rycina 2. Papirus Ebersa (1550 r. p.n.e.) oraz egipski bóg Horus

Poza opisami chorych z bólami głowy pochodzącymi ze starożytnego Egiptu znane są opisy bólów głowy późniejszych lekarzy arabskich (Serapion). Jako pierwszy objawy aury podczas napadu oraz migrenę opisał Hipokrates (460-377 r. p.n.e.), lekarz praktykujący w starożytnej Grecji na wyspie Kos (ryc. 3). W opisie bólu głowy u chorego o imieniu Phaenix zwrócił uwagę na objawy wzrokowe, nudności i wymioty występujące podczas napadu, na które zalecał stosowanie ziół o działaniu przeciwwymiotnym.

W starożytnym Rzymie Areteusz z Kapadocji (30-90 r. n.e.) jako jeden z pierwszych wyróżnił w swoim podręczniku odmienne rodzaje bólów głowy. Były to: heterokrania



Rycina 3. Ruiny asklepejonu na wyspie Kos, w którym praktykował Hipokrates

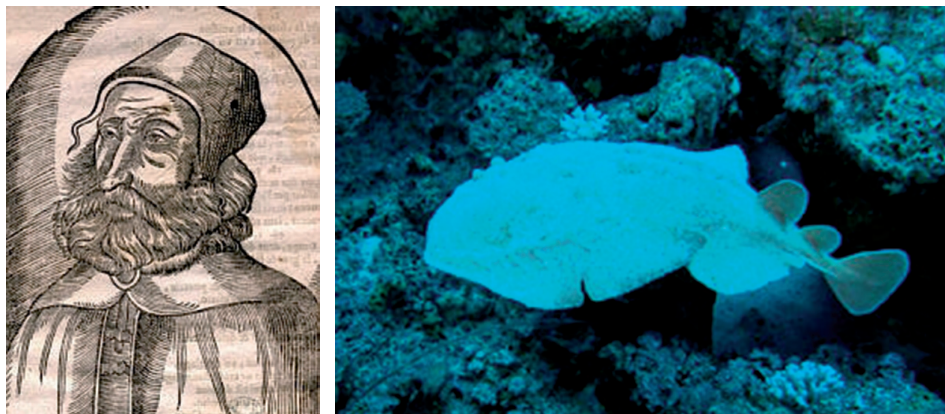
(w dzisiejszym rozumieniu migrena i objawy współistniejące z napadem bólu, takie jak nudności, wymioty, nadwrażliwość na światło), cephalgia (łagodny i rzadki ból głowy) oraz cephalia (częste i przewlekłe bóle głowy mogące odpowiadać bólowi napięciowym). Opisał również ból twarzy w zakresie unerwienia nerwu trójdzielnego, tj. neuralgię trójdzielną. Wprowadzony przez niego podział stosowany był przez stulecia i stał się podstawą nowoczesnej klasyfikacji bólów głowy.

Przez wieki terapia bólów głowy opierała się na ziołach. Stosowano też inne metody mające ulżyć cierpiącemu. Pierwowzorem współczesnej przezskórnej neurostymulacji TENS w leczeniu bólów głowy były zabiegi wykonywane przez Skryboniusza Largusa, który w 43 r. n.e. towarzyszył cesarzowi Klaudiuszowi w wyprawie do Brytanii. W leczeniu napadów migreny u cesarza stosował on okłady z drzewy europejskiej (*Torpedo marmorata*) (ryc. 4) – ryby, na której głowie znajdują się narządy wytwarzające prąd elektryczny o napięciu sięgającym u największych osobników ponad 200 V. Metodę tę opisał w dziele „De compositione medicamentorum”.

Soranus z Efezu (98–138 r. n.e.), grecki lekarz, który kształcił się w Aleksandryjskiej Szkole Medycznej i praktykował medycynę w Rzymie, również zajmował się bólami głowy i opisywał w swoich notatkach ból głowy o cechach migreny. Jego opisy o złudzeniach optycznych podczas aury migrenowej były cytowane w późniejszych opisach. Aulus Cornelius Celsus (25–50 r. n.e.) w podręczniku „De medicina” wprowadził określenie „cephalia” na określenie migrenowego bólu głowy. W leczeniu silnego bólu głowy zalecał upusty krwi, oczyszczanie jelit, picie zimnej lub gorącej wody oraz prowokowanie kichania.

Opisy Areteusza wzbogacił inny słynny rzymski lekarz greckiego pochodzenia – Klaudiusz Galenus, znany jako Galen (ok. 130–200 r. n.e.) (ryc. 5). Jego zdaniem powodem bólów głowy było zalewanie mózgu przez żółć. Zastąpił on określenie „heterokrania” terminem „hemikrania”. Tętniący ból głowy tłumaczył tętnieniem naczyń i stałym napinaniem się nerwów. Był kontynuatorem dzieła Hipokratesa, które rozwinął i upowszechnił. Liczne terminy wprowadzone przez niego do słownika medycyny stosowane są do dziś. Należy do nich słowo „hemikrania” powszechnie używane na określenie migreny. Galen jako pierwszy





Rycina 4. Skryboniusz Largus (43 r. n.e.) oraz drętwa europejska (*Torpedo marmorata*)

podał definicję migreny. Zastąpił go poszerzenia wiedzy o postaciach leków – wyjaśnił, że od postaci, w jakiej są podawane, zależy ich działanie. Wprowadził też nowe formuły leków, nazwane od jego imienia galenowymi. Podobnie jak Skryboniusz Largus zalecał stosowanie okładów z mąty. Opracowane przez niego receptury wykorzystywano w medycynie przez kilkanaście wieków, a jego dzieła „Therapeutike methodos” i „Techne iatrike” były obowiązkową lekturą medyków przez wiele pokoleń.

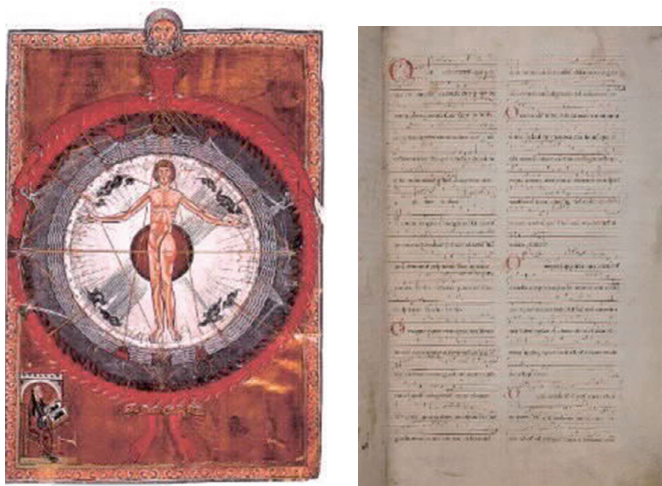


Rycina 5. Od lewej: Areteusz z Kapadocji, Galen i karta tytułowa jego dzieł

Bizantyjski lekarz Paweł z Eginy (ok. 625–690 r. n.e.) w swoich opisach chorób również odnosił się do różnych przypadków bólu głowy, w tym podał opisy klasterowego bólu głowy, migreny i pourazowego bólu głowy. W swojej encyklopedii medycznej w rozdziale o bólach głowy jako pierwszy odniósł się do bólu głowy odpowiadającemu klasterowemu bólowi głowy.

## ŚREDNIOWIECZE

Awicenna (980–1037), znany też jako Ibn Sina, perski lekarz, który urodził się w Bucharze, opisał i sklasyfikował bóle głowy w zależności od ich lokalizacji jako: czołowe, potyliczne oraz uogólnione – w ich leczeniu zalecał imbir. Z bólami głowy związane jest również



Rycina 6. Strony z dzieła „Liber divinorum operum simplicis hominis” Hildegardy z Bingen

nazwisko benedyktynki Hildegardy z Bingen, która od wczesnego dzieciństwa doświadczała wizji, podczas których komunikowała się ze Stwórcą. Dzięki wstawiennictwu członka zakonu cystersów, Bernarda z Clairvaux, Hildegarda uzyskała błogosławieństwo papieża Eugeniusza i zgodę na rozpowszechnienie swoich idei w Europie, a także nakaz spisywania dalszych objawień. Opisy swoich przeżyć mistycznych zawarła w dziełach: „Sci vias Domini” („Usłysz Pana”), „Liber vitae meritorum” („Księga zasług życia”) i „Liber divinorum operum simplicis hominis” („Księga dzieł Bożych”) (ryc. 6). Była również autorką dzieł medycznych „Liber subtilitatum diversarum naturarum creaturarum”, „Liber simplicis medicinae sive physica”, „Liber compositae medicinae sive causae et curae”, które miały duży wpływ na średniowieczną medycynę. Obecnie uważa się, że jej wizje były związane z napadami migreny. Za jej dokonania na wielu polach życia społecznego i nauki Jan Paweł II nazwał ją „światłem dla ludzi jej czasów, które świeci jeszcze jaśniej dzisiaj”. W 2012 r. Benedykt XVI ogłosił ją świętą i doktorem Kościoła.

W średniowieczu w leczeniu bólów głowy stosowano mieszanki ziołowe i mistyczne lekarstwa. Przykładem są okłady głowy chustami nasączonymi ziołami oraz roztworem opium i octu. Ze względu na zdolność przenikania przez skórę lekarze stosowali ocet w połączeniu z opium, aby umożliwić szybkie wchłanianie leku. Albert Wielki (1193–1280), doktor Kościoła i nauczyciel św. Tomasza z Akwinu, występowanie bólu głowy przypisywał zmianom nastroju chorego.

## NOWOŻYTNOŚĆ

W XVI w. dokładny opis migreny podał Karol Piso. Zwrócił w nim uwagę na związek migreny ze zmianami pogody. Termin „la migraine” – migrena – do słownictwa medycznego wprowadził w tym okresie francuski lekarz François Rabelais. Waleriana, którą po raz pierwszy zastosował do leczenia bólów głowy w XVII w. Nicholas Culpeper (1616–1654), była używana w tym celu do XX w.

Holenderski lekarz Nicolaes Tulp (1593–1674) w swoim dziele „Observationum medicarum” opisał różne rodzaje bólów głowy i jako jeden z pierwszych rozróżnił bóle ostre od przewlekłych. Johannes Bausch (1605–1665), niemiecki lekarz, założyciel Narodowej Akademii Przyrodników Leopoldina (Leopoldinae Naturae Curiosorum Ephemerides, sive, Observationum medico-physicarum), specjalizującej się w naukach przyrodniczych i medycznych, jako jeden z pierwszych opisał neuralgię trójdzielną, na którą sam cierpiał. Choroba ta doprowadziła go do wyniszczenia i śmierci głodowej.

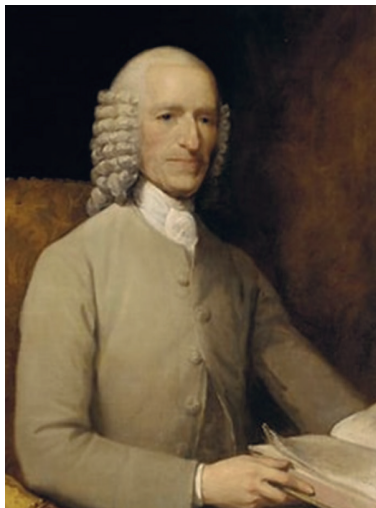
Słynny lekarz, londyńczyk Thomas Willis (1621–1675), uznawany za twórcę współczesnej neurologii, w książce „Practice of Physick” poświęcił bólom głowy dwa rozdziały. Uważał, że ból wywołany jest rozszerzaniem się naczyń wewnątrzczaszkowych i pociąganiem przez nie oplatających je nerwów. Była to pierwsza nowoczesna teoria powstawania migreny. Willis odróżniał migrenę od napięciowego bólu głowy i zaobserwował jej dziedziczenie. Wskazał także liczne czynniki prowokujące napad bólu głowy, takie jak rodzaj pokarmu, aktywność fizyczna, sen czy nasłonecznienie. Jako jedną z podstawowych metod leczenia zalecał ich unikanie.

W 1747 r. Johann Christoph Ulrich Oppermann napisał pracę zatytułowaną „Hemicrania horologica”, w której po raz pierwszy zawarł opis przewlekłej napadowej hemikranii u 29-letniej kobiety cierpiącej „na silny ból głowy trwający 15 minut, który atakuje chorą o każdej porze dnia i nocy z taką regularnością, że potrafi określić godzinę dokładniej niż zegar na rynku miejskim”. Z kolei Gerhard van Swieten (1700–1772), nadworny lekarz Marii Teresy, jako pierwszy zwrócił uwagę na inny napadowy ból głowy, który obecnie rozpoznaje się jako klastrerowy ból głowy.

W późniejszych latach Samuel Auguste Tissot (1728–1797) (ryc. 7) twierdził, że ból głowy wywołany jest przez nieprawidłowe bodźce płynące z żołądka. W 1790 r. wydał książkę o migrenie, w której usystematyzował wiedzę o tym bólu głowy. Tissot opisał 4 postacie bólów głowy, były to: cephalalgia (zwykły ból głowy dotykający wielu osób), cephalaea (stały, gwałtowny, uporczywy ból głowy), migrena (ból głowy gwałtowny, okresowy, połowiczny, umiejscowiony przeważnie w okolicy czoła, oka i skroni) oraz clou (ból ograniczający się do drobnego miejsca na głowie).



Rycina 7. Samuel Auguste Tissot (1728–1797), szwajcarski lekarz neurolog



Rycina 8. John Fothergill (1712–1780), angielski lekarz, botanik i filantrop

W tym samym czasie John Fothergill (ryc. 8) opisywał różne postacie bólów głowy, m.in. migrenę, i zalecał ich leczenie dietą. Wskazywał, że niektóre pokarmy wpływają na powstawanie bólu głowy. Dokładnie opisał ból twarzy o typowych cechach neuralgii trójdzielnej. W późniejszych latach chorobę tę nazwano jego nazwiskiem.

W XVII w. amerykański lekarz John Locke opisał ból twarzy o charakterze neuralgii trójdzielnej. Na napadowy charakter choroby zwrócił uwagę w 1756 r. Nicolas André, który jest autorem jej pierwszego nowożytnego opisu. To on wprowadził do medycyny stosowane do dziś określenie „tic douloureux” opisujące charakterystyczny grymas twarzy podczas napadu bólu. Początkowo uważano, że ból twarzy ma źródło w nerwie twarzowym. Dopiero Charles Bell w 1821 r. odkrył, że jest nim nerw trójdzielny.



Rycina 9. Armand Trousseau (1801–1867) wprowadził do leczenia neuralgii bromek potasu